

dr Ryszard Pankiewicz

Akademia Zamojska

e-mail: ryszard.pankiewicz@akademiazamojska.edu.pl

<https://orcid.org/0000-0003-2574-0550>

Model pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów w świetle zmian ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

THE MODEL OF OUT-OF-COURT REDRESS FOR PATIENTS IN THE LIGHT OF
AMENDMENTS TO THE LAW ON PATIENTS' RIGHTS AND THE PATIENT OMBUDSMAN

Summary

This paper discusses fundamental changes in Poland in the field of compensation of damages for medical events, involving the transformation of the previous model based on the operation of voivodeship commissions in support of the Medical Event Compensation Fund, managed by the Patient Ombudsman. It should be emphasized that these changes are aimed at increasing the transparency and efficiency of the medical event compensation system and bringing it in line with current medical knowledge. In addition, they result in major modifications to the entire compensation process, as they introduce a system that is centralized and supervised by the Patient Ombudsman. This system aims at minimizing the formality of out-of-court procedures and is designed to ensure that the injured party is adequately compensated for the damage suffered. It is also worth noting that the new regulations reflect similar procedural models operating abroad.

Keywords: medical damage compensation; Medical Events Compensation Fund; Patient Ombudsman; medical events; medical compensation; protection of patients' rights

Streszczenie

W niniejszej pracy omówiono fundamentalne zmiany w Polsce w zakresie rekompensacji szkód z tytułu zdarzeń medycznych, polegające na przekształceniu dotychczasowego modelu opartego na działaniu wojewódzkich komisji na rzecz Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych obsługiwane przez Rzecznika Praw Pacjenta (RPP). Należy podkreślić, że zmiany te mają na celu zwiększenie przejrzystości i skuteczności systemu rekompensacji szkód z tytułu zdarzeń medycznych oraz dostosowanie go do aktualnej wiedzy medycznej. Ponadto wnoszą kluczowe następstwa dla całego procesu odszkodowawczego, ponieważ wprowadzają system scentralizowany i poddany

nadzorowi RPP. W założeniu przyjęty tryb postępowania kieruje się minimalizacją formalizmów w procesie postępowania pozasądowego i ma zapewnić poszkodowanemu odpowiednią rekompensatę za poniesioną szkodę. Warto również podkreślić, że nowe przepisy są odzwierciedleniem działających za granicą podobnych modeli postępowania, zwłaszcza w kontekście krajów, które już stosują podobne mechanizmy pozasądowego dochodzenia roszczeń pacjentów.

Słowa kluczowe: rekompensacja szkód medycznych; Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych; Rzecznik Praw Pacjenta; zdarzenia medyczne; odszkodowania medyczne; ochrona praw pacjentów

Wstęp

Przedmiotem niniejszego opracowania jest analiza zmiany obowiązującego stanu prawnego obejmującego zasadnicze aspekty zastąpienia działania wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych (dalej: wojewódzkie komisje) przez Rzecznika Praw Pacjenta (dalej: RPP), który – jako instytucja do tego ustawowo powołana – będzie przeprowadzał postępowanie administracyjne w sprawach o zdarzenia medyczne. W związku z tym rodzą się zasadnicze pytania. Po pierwsze, czy likwidacja wojewódzkich komisji, które przez prawie dwanaście lat orzekały o zdarzeniach medycznych i zdobyły odpowiednie doświadczenie w ich wydawaniu, jest rozwiązaniem optymalnym i pożądanym dla pacjenta, po drugie, czy scentralizowanie pozasądowego postępowania w zdarzeniach medycznych w instytucji RPP oraz zaproponowany administracyjny tryb tego postępowania w praktyce wyeliminuje wszystkie nieprawidłowości obecnie działającego pozasądowego trybu dochodzenia roszczeń z tego tytułu. Próba odpowiedzi na postawione pytania zostanie przeprowadzona po analizie dotychczasowego działania wojewódzkich komisji oraz przepisów prawnych obejmujących zmianę modelu pozasądowego dochodzenia roszczeń przez poszkodowanych w Polsce.

1. Pozasądowe dochodzenie roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych

Pozasądowe dochodzenie rekompensat przez pacjentów z tytułu szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych, których doznali w następstwie udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych, ma nie tylko istotne znaczenie dla poszkodowanego oraz jego osób najbliższych, lecz także dla działania systemu ochrony zdrowia i organów państwowych powołanych do przeprowadzenia tego rodzaju postępowań.

Powszechnie znanym rozwiązaniem kompensacji szkód doznanych przez pacjenta bez orzekania o winie (*no-fault*), do którego odnoszą się projektodawcy zmian w prawie

polskim, jest tzw. model skandynawski¹. Założeniem tego modelu jest zagwarantowanie sfinansowania odszkodowań i zadośćuczynień poszkodowanym pacjentom z budżetu państwa lub wpłat od podmiotów leczniczych². Zasadnicze rozwiązania kompensacji szkód w systemach państw nordyckich mają podobne cele prawne oraz społeczne. Z perspektywy poszkodowanych pacjentów to przede wszystkim powszechny i łatwy oraz wydajniejszy pod względem czasu i kosztów dostęp do świadczenia rekompensacyjnego, które jest dochodzone w systemie administracyjnym³. Znane są również europejskie systemy pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów działające m.in. we Francji⁴ lub Belgii⁵.

W Polsce alternatywny pozasądowy tryb dochodzenia rekompensat z tytułu zaistniałego zdarzenia medycznego w podmiocie leczniczym został wprowadzony od dnia 1 stycznia 2012 roku wraz z podjęciem działalności wojewódzkich komisji⁶, które są szczególną postacią organu mającego umocowanie w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej: ustawa o prawach pacjenta)⁷ i przeprowadzającego przedmiotowe postępowanie z zastosowaniem odpowiednich przepisów ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (dalej: K.p.c.)⁸

- 1 Pierwszym krajem skandynawskim, który w 1975 roku przyjął system kompensacji szkód doznanych przez pacjentów bez orzekania o winie (*no-fault*), była Szwecja, następnie Finlandia w 1987 roku, Norwegia w 1988 roku i Dania w 1992 roku. Zob. S. Hellborg, *Liability for Medical Injuries in Sweden*, „Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance – Maladie (JDSAM)”, 2 (2019), no. 23, s. 72-73; P.M. Danzon, *The Swedish Patient Compensation System. Myths and Realities*, „International Review of Law and Economics”, 14 (1994), no. 4, s. 454-455; J. Tilma i in., *No-Fault Compensation for Treatment Injuries in Danish Public Hospitals 2006-12*, „International Journal for Quality in Health Care”, 2016, no. 28 (1), s. 81-85; M. Mikkonen, *The Nordic Model. Finnish Experience of the Patient Injury Act in Practice*, „Medicine and Law”, 2001, no. 20 (3), s. 347-353.
- 2 W Finlandii – Centrum Ubezpieczenia Pacjentów (Potilasvakuutuskeskus); w Norwegii – Norweski System Odszkodowań dla Pacjentów (Norsk Pasientskadeerstatning); w Danii – Duńskie Stowarzyszenie Odszkodowań dla Pacjentów (Patienterstatningen).
- 3 Zob. A.M. Farrell, S. Devaney, A. Dar, *No-Fault Compensation Schemes for Medical Injury. A Review*, 20 January 2010, s. 37, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2221836>.
- 4 Krajowy Urząd Odszkodowań za Wypadki Medyczne (Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux – ONIAM) powołany na mocy francuskiej ustawy z dnia 4 marca 2002 r. o prawach pacjentów i jakości systemu opieki zdrowotnej (LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Zob. K. Bączyk-Rozwadowska, *Szwedzki model NFPI i francuski system kompensacji szkód medycznych*, w: *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011, s. 54 i n.
- 5 Fundusz Wypadków Medycznych (Le Fonds des Accidents Médicaux).
- 6 Wojewódzkie komisje ds. orzekania o zdarzeniach medycznych zostały wprowadzone ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 660.
- 7 Tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 1545.
- 8 Dz. U. z 2018 r. poz. 155.

w zakresie postępowania dowodowego⁹ i doręczeń¹⁰. Należy dodać, że wojewódzkie komisje działają na podstawie wewnętrznych regulaminów, które określają organizację, porządek i rodzaj czynności podejmowanych na skutek złożenia wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego oraz wniosków o ponowne rozpoznawanie sprawy, wykonywania zadań przez jej członków, w tym przewodniczącego oraz składy orzekające, a także przez sekretariat komisji wraz z porządkiem i czasem urzędowania, jak również bieg czynności w sprawach należących do ich właściwości i wydawanie orzeczeń z uzasadnianiem.

Ponad dziesięcioletnie funkcjonowanie 16 wojewódzkich komisji w całym kraju niestety uwydatniło nie tylko nieprawidłowości w ich działaniu, lecz także całego modelu alternatywnego pozasądowego dochodzenia roszczeń z tytułu zdarzeń medycznych w Polsce. W zaistniałej sytuacji stało się zasadne podjęcie modyfikacji tego postępowania, wzorując się na rozwiązaniach przyjętych w innych krajach, w których powołane do tego instytucje są odpowiedzialne za kompensację szkód wynikających ze zdarzeń medycznych.

2. Zasadnicze nieprawidłowości funkcjonowania pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów przed wojewódzkimi komisjami ds. orzekania o zdarzeniach medycznych

Zgodnie z pierwotną intencją prawodawcy celem wprowadzenia szczególnego alternatywnego postępowania z tytułu zdarzeń medycznych dla drogi sądowej powinno być usprawnienie i uproszczenie dochodzenia roszczeń przez poszkodowanych pacjentów, a w przypadku ich śmierci przez spadkobierców¹¹. Ponadto procedura ta ma charakter postępowania ugodowo-mediacyjnego i nie posiada charakteru postępowania sądowego pomimo zastosowania odpowiednich przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego¹². Należy podkreślić, że dopuszczenie tego trybu postępowania oprócz już wspomnianych aspektów miało na celu usprawnienie dochodzenia tego rodzaju roszczeń oraz stanowić wymierne „odciążenie” sądów cywilnych w podobnych sprawach, a także znacząco zmniejszyć ponoszone koszty postępowania pod warunkiem przeprowadzenia

9 Art. 213, 227-237, 240-242, 244-257, 258-273, 277, 280-289, 299-300 K.p.c.

10 Art. 131, 133-143 K.p.c.

11 Zob. Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy z dnia 15 października 2010 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, druk sejmowy nr 3488 VI kadencji Sejmu RP, <https://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/49D0A82753FB7BDAC12577C200267BBD?OpenDocument> [dostęp: 3.09.2023].

12 Zob. M. Serwach, *Glosa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 11 marca 2014 r. (K 6/13) w sprawie zgodności z Konstytucją RP przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadzających zasady i tryb dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia z tytułu zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne”, 2014, nr 2 (79), s. 88-97.

tego trybu w określonych ustawowych terminach. Wybór postępowania przed wojewódzką komisją lub w procesie cywilnym przed sądem powszechnym z tytułu powództwa cywilnego o odszkodowanie i/lub zadośćuczynienie należy do poszkodowanego.

Funkcjonowanie wojewódzkich komisji uwydatniło zasadnicze mankamenty działania alternatywnego do drogi sądowej systemu kompensacyjnego orzekania o zdarzeniach medycznych w Polsce¹³. Najwyższa Izba Kontroli (dalej: NIK), która zbadała działalność wojewódzkich komisji w 2018 roku, w swoich wynikach wykazała, że działają one nieefektywnie¹⁴. Ocenę tę potwierdziła po dokonaniu kontroli systemu ochrony zdrowia w Polsce w 2019 roku, dobitnie stwierdzając:

Obecnie funkcjonujący, w założeniu alternatywny do drogi sądowej, system kompensacyjny orzekania o zdarzeniach medycznych nie chroni pacjenta i nie zapewnia mu skutecznego narzędzia dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia. Liczba spraw w sądach powszechnych nie zmniejszyła się, czas niezbędny na rozpatrzenie sprawy przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych jest niezadowalający. Również końcowe efekty wydanych orzeczeń o zdarzeniach medycznych nie satysfakcjonują pacjentów¹⁵.

Organ kontrolny podniósł zarzut naruszenia ustawowego czteromiesięcznego terminu przeprowadzenia postępowania przez wojewódzkie komisje¹⁶, co w konsekwencji nie zapewniło pacjentom możliwości szybkiego uzyskiwania odszkodowań lub zadośćuczynień z tytułu zdarzenia medycznego¹⁷. W związku z tym jeden z zasadniczych postulatów prawodawcy obejmujący sprawne dochodzenie rekompensaty przez poszkodowanego za wystąpienie zdarzenia medycznego nie został spełniony. Przeprowadzona przez NIK kontrola wykazała jeszcze inne przypadki naruszeń obowiązujących przepisów prawnych w tym zakresie, tj.:

nieprawidłowości dotyczące powoływania składów orzekających; składania przez członków komisji oświadczeń o braku konfliktu interesów po powołaniu ich do składu orzekającego, a nie przed powołaniem; nieprzestrzegania terminów

13 Zob. M. Kaźmierczak, *Praktyczne problemy działania polskiego systemu alternatywnego dochodzenia roszczeń pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 2020, nr 3, s. 57-72.

14 Zob. *Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów*, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/dochodzenie-rozszecen-pacjentow.html> [dostęp: 12.07.2023]. Zob. także: M. Białkowski, *Zmiany w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Kilka uwag o mechanizmie uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, „Przeгляд Prawniczy Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza”, 1 (2012), s. 141-145; U. Drozdowska, *O przedmiocie i charakterze prawnym spraw rozstrzyganych przez Wojewódzkie Komisje do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*, „Forum Prawnicze”, 2019, nr 5 (55), s. 69-87.

15 Zob. Raport: *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, KZD 430.005.2018, s. 8, 137, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf> [dostęp: 12.07.2023].

16 Art. 67j ust. 2 ustawy o prawach pacjenta.

17 Raport: *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, s. 138.

sporządzenia uzasadnień do wydanych orzeczeń oraz terminów doręczeń stronom orzeczeń; nieuzasadnionego przedłużania poszczególnych etapów rozpatrywania wniosków¹⁸

co miało wpływ na wydanie orzeczeń, a także nieprzestrzeganie przepisów ustawy o prawach pacjenta przy rozpatrywaniu skarg o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczeń komisji. Do wymienionego katalogu nieprawidłowości działania wojewódzkich komisji dodano jeszcze istotny czynnik, który w znaczący sposób wpływał na przewlekłość postępowania, tj. występowanie o opinię biegłych lub konsultantów wojewódzkich, co ściśle wiązało się z trudnością uzyskania takiej opinii oraz długim czasem oczekiwania na jej sporządzenie. Zatem założenie prawodawcy, że członkowie składów orzekających wojewódzkich komisji, którzy w połowie stanowią osoby posiadające wiedzę i doświadczenie medyczne, będą w większości spraw orzekać samodzielnie, nie zostało wypełnione. W raporcie kontrolnym NIK podaje, że większość wojewódzkich komisji korzystała z opinii biegłych, a w skrajnym przypadku poziom wystąpień do biegłych sięgnął 85% orzeczeń¹⁹.

Niezależnie od przytoczonych naruszeń działania wojewódzkich komisji oraz niezrealizowania zasadniczych założeń zmian ustrojowych, obejmujących pozasądowy tryb dochodzenia roszczeń w przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego, w praktyce wystąpił jeszcze jeden bardzo ważny problem, z którym musieli zmierzyć się poszkodowani lub spadkobiercy po zmarłym pacjencie, tj. zawarcie porozumienia w kwestii wysokości odszkodowania z podmiotem leczniczym. Niestety, przyjęte rozwiązanie w ustawie o prawach pacjenta zakładające tryb dochodzenia określonej kwoty odszkodowania w drodze negocjacji przeprowadzonych poza wojewódzką komisją i obejmujących wyłącznie strony postępowania, czyli pacjenta i podmiot leczniczy, okazało się nieskuteczne²⁰. W rzeczywistości otrzymanie orzeczenia o wystąpieniu zdarzenia medycznego przez pacjenta nie zapewnia mu uzyskania świadczenia rekompensacyjnego, w tym w określonej wysokości²¹. Przyjęcie przez prawodawcę założenia, że podmiot leczniczy (ubezpieczyciel) złoży odpowiednią propozycję wysokości odszkodowania z tytułu zdarzenia medycznego okazało się fiaskiem²². W praktyce podmioty lecznicze,

18 Tamże, s. 8.

19 Tamże. Zob. także: M. Serwach, *Glosa do uchwały SN z 19 maja 2016 r. (III CZP 13/16) w sprawie postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*, „Prawo Asekuracyjne”, 2017, nr 1 (90), s. 85.

20 Art. 67k ust. 2 ustawy o prawach pacjenta.

21 M. Serwach, *Ochrona ubezpieczeniowa pacjentów przed negatywnymi skutkami leczenia*, Kraków 2018, s. 340.

22 Zob. K. Krupa-Lipińska, *Dochodzenie odszkodowania w trybie pozasądowym*, w: *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, red. E. Bagińska, Warszawa 2021 (System Prawa Medycznego, t. 5), s. 952 i n.; U. Drozdowska, *O przedmiocie i charakterze prawnym spraw rozstrzyganych przez Wojewódzkie Komisje do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*, s. 71. W omawianym aspekcie problematyczna okazała się kwestia ubezpiecze-

otrzymując orzeczenie o wystąpieniu zdarzenia medycznego bez zakreślenia wysokości odszkodowania, *de facto* nie są do niczego zobowiązane, w tym kwotą odszkodowania lub zadośćuczynienia podaną przez pokrzywdzonego we wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego. Występują także sytuacje, w których podmioty lecznicze, uchylając się od ustawowego obowiązku, nie składają poszkodowanemu propozycji odszkodowania lub zadośćuczynienia, albo w rażąco niskiej wysokości. Negocjacje w kwestii ustalenia wysokości odszkodowania odbywają się poza wojewódzką komisją, która często nie ma wiedzy, czy doszło do przeprowadzenia skutecznych negocjacji między stronami, tj. zawarcia lub braku porozumienia w kwestii wysokości świadczenia rekompensacyjnego oraz jego otrzymania przez poszkodowanego²³.

Należy dobitnie podkreślić, że pozostawienie etapu ustalenia wysokości odszkodowania z tytułu zdarzenia medycznego przez pokrzywdzonego poza regulacjami prawnymi, w tym brak określenia minimalnych stawek świadczenia rekompensacyjnego (wyłącznie ich górne limity)²⁴, stało się gwoździem do trumny obowiązującego pozasądowego dochodzenia rekompensat przez pacjentów z tytułu szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych²⁵.

3. Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów przed Rzecznikiem Praw Pacjenta w świetle zmian ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Odwołując się do stwierdzonych nieprawidłowości działania pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych przed wojewódzkimi komisjami, prawodawca podjął działania w kierunku nowelizacji przedmiotowych przepisów. W dniu 9 marca 2023 roku został uchwalony przez Sejm RP projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, w tym obejmujący zmiany przepisów prawnych ustawy o prawach pacjenta w zakresie pozasądowego dochodzenia roszczeń

nia z tytułu zdarzeń medycznych. Zob. A. Huras-Darkowska, *Ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych*, „Roczniki Administracji i Prawa”, 4 (2020), z. 4, s. 213-224.

- 23 Zob. Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w 2021 r., druk nr 2547, Warszawa, 22 sierpnia 2022 r., s. 90, <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdanie-za-2021-rok> [dostęp: 4.09.2023]; zob. także: U. Drozdowska, *O przedmiocie i charakterze prawnym spraw rozstrzyganych przez Wojewódzkie Komisje do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*, s. 80.
- 24 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego, Dz. U. z 2013 r. poz. 750; zob. także: K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, wyd. 2 zaktual. i poszerz., Toruń 2013, s. 366.
- 25 Zob. K. Świątek, *Pozasądowe prawne modele kompensacji szkód medycznych – analiza prawno-porównawcza*, „Studia Prawa Publicznego”, 2023, nr 1 (41), s. 119 i n.

przez pacjentów²⁶, który uchwałę Senatu RP został ostatecznie odrzucony. Następnie 14 kwietnia 2023 roku Sejm RP bezwzględną większością głosów poparł uchwałę Senatu RP. W rezultacie zakończyło to prace legislacyjne w parlamencie przedmiotowego projektu zamian obowiązujących przepisów prawnych.

Po niepowodzeniu pierwszej próby wprowadzenia zmian w przepisach prawnych podjęto kolejne działania zmierzające do modyfikacji wyłącznie ustawy o prawach pacjenta. W dniu 18 maja 2023 roku wpłynął do Sejmu RP projekt ustawy o zmianie tej ustawy oraz innych ustaw²⁷. Następnie po przeprowadzeniu prac legislacyjnych w parlamencie uchwalono przedmiotowe zmiany, a pod niniejszym aktem podpis złożył prezydent Rzeczypospolitej Polskiej²⁸. Zgodnie z nowymi przepisami prawnymi z dniem 1 lipca 2024 roku likwiduje się wojewódzkie komisje, a pozasądowe dochodzenie rekompensat przez pacjentów z tytułu szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych będzie prowadzane przez RPP.

Zasadniczą nowością w obszarze pozasądowego rekompensowania szkód w przypadku zdarzeń medycznych jest wprowadzenie dwuinstancyjnego postępowania administracyjnego prowadzonego przez RPP. Po wydaniu pozytywnej decyzji, która określa wysokość odszkodowania, poszkodowanemu będzie przysługiwać świadczenie odszkodowawcze ze środków finansowych zgromadzonych w powołanym w tym celu Funduszu Kompensacyjnym Zdarzeń Medycznych.

3.1. Pojęcie zdarzenia medycznego i świadczenie kompensacyjne

W przypadku zaistnienia zdarzenia medycznego poszkodowanemu pacjentowi będzie wypłacane tzw. świadczenie kompensacyjne.

Zdarzenie medyczne obejmuje zaistniałe w trakcie udzielania lub w efekcie udzielenia bądź zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego:

- a) zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym,
- b) uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta, albo
- c) śmierć pacjenta

– którego z wysokim prawdopodobieństwem można było uniknąć w przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną albo zastosowania innej dostępnej metody diagnostycznej lub leczniczej, chyba że doszło do dających się przewidzieć normalnych następstw zastosowania metody, na którą pacjent wyraził świadomą zgodę²⁹.

26 Rządowy projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, druk nr 2898.

27 Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (druk nr 3259), <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=3259> [dostęp: 12.07.2023].

28 Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. z 2023 r. poz. 1675 (dalej: zmieniona ustawa o prawach pacjenta).

29 Art. 3 ust. 1 pkt 11 zmienionej ustawy o prawach pacjenta.

W porównaniu do obowiązującej definicji zdarzenia medycznego³⁰ nastąpiła zmiana konstrukcji tego pojęcia oraz usunięcie podstawy wystąpienia o ustalenie zdarzenia medycznego w sytuacji, w której chodzi o zastosowanie niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, wyposażenia wyrobu medycznego, systemu i zestawu zabiegowego.

Zasadnicza zmiana obowiązującego stanu prawnego obejmuje także katalog podmiotów uprawnionych do otrzymania świadczenia kompensacyjnego. Wraz z wejściem w życie nowych przepisów prawnych w przypadku zaistnienia zdarzenia medycznego w pierwszej kolejności takie świadczenie będzie przysługiwało poszkodowanemu pacjentowi. Z kolei w sytuacji, w której nastąpiła śmierć pacjenta w związku z zaistnieniem zdarzenia medycznego, świadczenie kompensacyjne ma przysługiwać: krewnemu pierwszego stopnia, niepozostającemu w separacji małżonkowi, osobie pozostającej w stosunku przysposobienia lub osobie pozostającej z pacjentem we wspólnym pożyciu³¹. Katalog osób uprawnionych do świadczenia rekompensacyjnego po zmarłym pacjencie w nowych uregulowaniach wpisuje się w podnoszoną w prawie cywilnym i doktrynie zasadę zadośćuczynienia osobom najbliższym dla nieżyjącego, z którym łączyła ich szczególna więź³².

W znowelizowanych przepisach ustawy o prawach pacjenta wysokość świadczenia kompensacyjnego z tytułu zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego wnioskodawcy jest uzależniona od postaci powstania szkody deliktowej na pacjencie. W przypadku zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym wysokość świadczenia

30 Zob. art. 67a. ustawy o prawach pacjenta: 1. Przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do zakażenia pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta albo śmierci pacjenta będącego następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną: 1) diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby, 2) leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego, 3) zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego, wyposażenia wyrobu medycznego, systemu i zestawu zabiegowego, w rozumieniu przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylecia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG, lub wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, w rozumieniu przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/746 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz uchylecia dyrektywy 98/79/WE i decyzji Komisji 2010/227/UE (Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 176, z późn. zm.) – zwanego dalej „zdarzeniem medycznym”.

31 Zgodnie z jeszcze obowiązującym stanem prawnym z wnioskiem o ustalenie zdarzenia medycznego przed wojewódzką komisję może wystąpić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy, w przypadku zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, o których mowa w art. 67a ust. 1 ustawy, w przypadku zaś śmierci pacjenta, o której mowa w art. 67a ust. 1, wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego mogą złożyć spadkobiercy pacjenta (art. 67b. 1. ustawy o prawach pacjenta).

32 M. Nesterowicz, M. Wałachowska, *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, w: *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych*, s. 27; K. Świątek, *Pozasądowe prawne modele kompensacji szkód medycznych*, s. 133.

kształtuje się na poziomie od 2000 zł do 200 000 zł, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia od 2000 zł do 200 000 zł, śmierci pacjenta zaś od 20 000 zł do 100 000 zł. Prawodawca oprócz wskazania stawek wysokości świadczenia kompensacyjnego wymienił także czynniki, jakie należy uwzględnić przy ustalaniu jego wysokości w poszczególnych przypadkach³³.

Kierując się koniecznością przejrzystości w ustalaniu wysokości świadczenia kompensacyjnego oraz zapewnienia ochrony interesów wnioskodawców, szczegółowy zakres i warunki ustalania wysokości świadczenia kompensacyjnego z tytułu zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia oraz śmierci pacjenta, będą określone przez ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii RPP, w drodze rozporządzenia.

3.2. Postępowanie w sprawie świadczenia kompensacyjnego

Nowe przepisy wprowadzają istotne zmiany w procesie postępowania w sprawie świadczenia kompensacyjnego w przypadku zdarzenia medycznego. Poszkodowany będzie składał wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego do RPP, który będzie organem odpowiedzialnym za prowadzenie tego rodzaju postępowań. Nowym rozwiązaniem jest powołanie gremium specjalistów, tj. Zespołu ds. Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych, które będzie brać udział w procesie wydawania opinii w sprawie zdarzenia medycznego i jego skutków. Będzie on działał przy RPP, a jego zasadniczym zadaniem będzie przygotowywanie ekspertyz oraz opinii w celu dokładnej oceny danego zdarzenia medycznego. Ostatecznie to RPP będzie decydował o przyznaniu świadczenia kompensacyjnego i ustaleniu jego wysokości. Przedmiotową opinię zespół ma wydać w terminie dwóch miesięcy od dnia otrzymania wniosku w składzie nie więcej niż trzech członków³⁴. W jego skład będzie wchodziło co najmniej dziewięciu członków, powoływanych przez RPP, którzy ukończyli studia na kierunku związanym z kształceniem w zakresie nauk medycznych.

Zgodnie z intencją prawodawcy w zakresie zapobiegania przewlekłości postępowania, prowadzone czynności mają odbywać się za pomocą środków komunikacji elektronicznej, bez rozpraw i przesłuchań (m.in. na podstawie zebranej dokumentacji medycznej,

33 W sytuacji, w której dochodzi do zakażenia biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, należy uwzględnić rodzaj tego czynnika oraz charakter następstw zdrowotnych wynikających z zakażenia, w tym w zakresie uciążliwości leczenia oraz pogorszenia jakości życia. Z kolei przy uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia istotny jest charakter następstw zdrowotnych zdarzenia medycznego oraz stopień dolegliwości wynikających z tego zdarzenia, w tym w zakresie uciążliwości leczenia oraz pogorszenia jakości życia. W przypadku śmierci pacjenta należy ustalić pozostawanie w związku małżeńskim w chwili śmierci pacjenta, pokrewieństwo, pozostawanie w stosunku przysposobienia, pozostawanie we wspólnym pożyciu oraz wiek osoby, o której mowa w art. 67r ust. 2 ustawy, oraz wiek zmarłego pacjenta.

34 Art. 67x ust. 2 zmienionej ustawy o prawach pacjenta.

ekspertyz i opinii). Forma pisemna tych postępowań ma być możliwa wyłącznie w uzasadnionych przypadkach. Prawodawca zatem przyjął rozwiązanie odmienne od dotychczasowego postępowania w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego (rekompensaty za wynikłą szkodę) bez orzekania o winie przeprowadzanego przez wojewódzkie komisje. Rzecznik Praw Pacjenta prowadzący postępowanie będzie mógł wezwać wnioskodawcę do udzielenia informacji, złożenia wyjaśnień oraz przedstawienia dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia sprawy oraz żądać udzielenia informacji, złożenia wyjaśnień oraz przedstawienia posiadanych dokumentów przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych osobie, której dotyczy zdarzenie medyczne. Po uzyskaniu opinii zespołu RPP wyda decyzję administracyjną w sprawie przyznania świadczenia kompensacyjnego i ustalenia jego wysokości albo odmowy przyznania świadczenia kompensacyjnego.

W terminie 30 dni od dnia, gdy decyzja, w której będzie przyznane świadczenie kompensacyjne wraz z ustaleniem jego wysokości, stanie się prawomocna, wnioskodawca będzie zobowiązany, aby złożyć RPP oświadczenie o przyjęciu świadczenia kompensacyjnego lub o jego rezygnacji. O konieczności złożenia oświadczenia wnioskodawca będzie informowany, a także pouczony o skutkach jego złożenia i niezłożenia. Złożenie oświadczenia o przyjęciu świadczenia kompensacyjnego będzie równoznaczne ze zrzeczeniem się przez wnioskodawcę wszelkich roszczeń o odszkodowanie, rentę oraz zadośćuczynienie pieniężne mogących wynikać ze zdarzenia medycznego w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku. Złożenie oświadczenia o rezygnacji ze świadczenia kompensacyjnego lub niezłożenie żadnego z oświadczeń będzie równoznaczne ze zrzeczeniem się przez wnioskodawcę świadczenia kompensacyjnego³⁵.

3.3. Komisja Odwoławcza do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych

W ramach przyjętego modelu dwuinstancyjnego postępowania w sprawach dotyczących zdarzeń medycznych od decyzji RPP będzie przysługiwało wnioskodawcy prawo wniesienia odwołania do Komisji Odwoławczej do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Wniesienie odwołania podlega opłacie w wysokości 200 zł, która zostanie zwrócona w przypadku przyznania świadczenia kompensacyjnego lub uchylecia decyzji. Opłata za wniesienie odwołania będzie uiszczana niezależnie od wniesionej opłaty za złożenie wniosku w wysokości 300 zł.

Zgodnie z postanowieniami ustawy w skład Komisji Odwoławczej do spraw Świadczeń z Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych wejdzie dziewięciu członków, posiadających wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego sprawowania tej

35 Art. 67zc ust. 1 zmienionej ustawy o prawach pacjenta.

funkcji³⁶. Członków komisji powoła minister właściwy do spraw zdrowia, przy czym członkowie zgłoszeni przez właściwe organy będą powoływani na ich wniosek, na trzyletnią kadencję. Prawodawca określił także kryteria, kto może zostać członkiem przedmiotowej komisji³⁷.

3.4. Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych

Zgodnie ze zmienioną ustawą o prawach pacjenta Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych jest państwowym funduszem celowym, utworzonym w celu wypłacania świadczeń kompensacyjnych w przypadku wystąpienia zdarzeń medycznych. Rzecznik Praw Pacjenta jest jego dysponentem. Przychody funduszu, zgodnie z ustawą, będą pochodziły zasadniczo z odpisu w wysokości do 0,04% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne na dany rok, określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ)³⁸. W sytuacji, gdy zaistnieje ryzyko wyczerpania środków funduszu kompensacyjnego w danym roku, będzie dopuszczalne zwiększenie wysokości odpisu, aby zapewnić wypłatę świadczeń kompensacyjnych osobom uprawnionym. Rzecznik Praw Pacjenta będzie informował prezesa NFZ o konieczności takiego zwiększenia w odpowiednim terminie, aby umożliwić dostosowanie planu finansowego funduszu.

Ze zgromadzonych środków funduszu będą finansowane wypłaty świadczeń kompensacyjnych dla pacjentów poszkodowanych z powodu zdarzeń medycznych oraz pokrywane inne opłaty i koszty związane z jego działalnością oraz prowadzonymi postępowaniami³⁹.

36 W skład komisji odwoławczej ma wchodzić: 2 przedstawicieli ministra właściwego do spraw zdrowia; przedstawiciel ministra sprawiedliwości; przedstawiciel Rzecznika; przedstawiciel prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia; przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej; przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych; 2 przedstawicieli organizacji społecznych działających na rzecz praw pacjenta (art. 67zg ust. 1 zmienionej ustawy o prawach pacjenta).

37 Członkiem komisji będzie mogła zostać „osoba, która posiada tytuł zawodowy magistra lub równorzędny, uzyskany po ukończeniu studiów na kierunku związanym z kształceniem w zakresie nauk medycznych lub nauk prawnych; nie została skazana prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz korzysta z pełni praw publicznych” (art. 67zg ust. 5 zmienionej ustawy o prawach pacjenta).

38 Odpis, o którym mowa w art. 97 ust. 3i ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 2561.

39 Oprócz wypłaty świadczeń kompensacyjnych z funduszu pokrywane są: zwroty opłat, o których mowa w art. 67t ust. 4 oraz art. 67ze ust. 2 zmienionej ustawy o prawach pacjenta; odsetki za nieterminowe wypłaty świadczeń kompensacyjnych; koszty bezpośrednio związane z bieżącym funkcjonowaniem funduszu; koszty związane z prowadzeniem postępowania oraz obsługi i funkcjonowania zespołu i komisji.

4. Okres przejściowy zmiany modelu dochodzenia roszczeń przez pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych

W świetle przeprowadzonych zmian legislacyjnych dotyczących pozasądowego dochodzenia roszczeń przez pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych w polskim systemie prawnym będzie wprowadzony zmodyfikowany system rekompensat dla poszkodowanych z tytułu zdarzeń medycznych. Należy wskazać, że zgodnie z przepisami przejściowymi mimo iż kadencja wojewódzkich komisji upływa w 2023 roku, prawodawca postanowił o jej przedłużeniu do 1 lipca 2024 roku. Wraz z tym terminem wojewódzkie komisje podlegają likwidacji⁴⁰. Wojewódzkie komisje zostaną zastąpione modelem opartym na Funduszu Kompensacyjnym Zdarzeń Medycznych (system świadczeń kompensacyjnych dla pacjentów), obsługiwany przez RPP. Nowe rozwiązania prawne będą stosowane do zdarzeń medycznych występujących po dniu wejścia w życie ustawy. Jednakże prawodawca w przepisach przejściowych dopuszcza działalność wojewódzkich komisji do 30 czerwca 2024 roku w celu zakończenia podjętych spraw.

Zakończenie

Biorąc pod uwagę powyższe, należy odnieść się do postawionych pytań we wstępie niniejszego opracowania i wytoczyć następujące wnioski:

- 1) w kontekście opisanych nieprawidłowości dotychczasowego działania wojewódzkich komisji należy w pełni pozytywnie ocenić dążenie i zrealizowanie zmian w obecnym pozasądowym postępowaniu z tytułu zdarzeń medycznych, które w obecnym kształcie nie powinno dalej być utrzymywane;
- 2) przy konstruowaniu nowego modelu alternatywnego pozasądowego dochodzenia rekompensat przez pacjentów z tytułu szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych jednak nie podjęto próby modernizacji przepisów prawnych w kierunku usprawnienia działania wojewódzkich komisji i tym samym wykorzystania doświadczenia członków gremium pomimo wad działania tego systemu zweryfikowanych chociażby przez NIK. Można podnieść postulat, że utrzymanie wojewódzkich komisji, które przez prawie dwanaście lat orzekały o zdarzeniach medycznych, byłoby rozwiązaniem optymalnym i pożądanym dla pacjenta, jednakże tylko i wyłącznie w sytuacji, w której wojewódzkie komisje zostałyby wyposażone w takie same uprawnienia jak RPP po zmianie przepisów prawnych, tj. m.in. orzekanie o wysokości odszkodowania lub zadośćuczynienia na rzecz poszkodowanego z zabezpieczeniem środków na ten cel

40 Art. 8 zmienionej ustawy o prawach pacjenta.

z utworzonego właściwego funduszu kompensacyjnego do wypłaty świadczeń odszkodowawczych;

- 3) scentralizowanie pozasądowego postępowania w zdarzeniach medycznych w instytucji RPP oraz zaproponowany administracyjny tryb tego postępowania w praktyce może stanowić utrudnienie dla pacjenta co do dochodzenia swoich praw z tego tytułu. Obecnie wojewódzkie komisje działają we wszystkich województwach przy urzędach wojewódzkich i tym samym dostęp do tego postępowania jest ułatwiony. Niewątpliwie, aby zapobiec takiemu stanowi rzeczy, należy podjąć szerokie działania edukacyjne, zarówno dla pacjentów, jak i personelu medycznego, aby zrozumieć oraz wykorzystać ten nowy model dochodzenia roszczeń w sposób skuteczny i sprawiedliwy.

Bibliografia

AKTY PRAWNE

- Ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, Dz. U. z 2018 r. poz. 155.
Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 1545.
Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 660.
Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. z 2023 r. poz. 1675.
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2013 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego, Dz. U. z 2013 r. poz. 750.

OPRACOWANIA

- Bączyk-Rozwadowska K., *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, wyd. 2 aktual. i poszerz., Toruń 2013.
Bączyk-Rozwadowska K., *Szwedzki model NFPI i francuski system kompensacji szkód medycznych, w: Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011, s. 33-71.
Białkowski M., *Zmiany w Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Kilka uwag o mechanizmie uzyskiwania odszkodowania lub zadośćuczynienia w postępowaniu przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych*, „Przegląd Prawniczy Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza”, 1 (2012), s. 137-145.
Danzon P.M., *The Swedish Patient Compensation System. Myths and Realities*, „International Review of Law and Economics”, 14 (1994), no. 4, s. 453-466.
Drozdowska U., *O przedmiocie i charakterze prawnym spraw rozstrzyganych przez Wojewódzkie Komisje do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*, „Forum Prawnicze”, 2019, nr 5 (55), s. 69-87.

- Farrell A.M., Devaney S., Dar A., *No-Fault Compensation Schemes for Medical Injury. A Review*, 20 January 2010, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2221836>.
- Hellborg S., *Liability for Medical Injuries in Sweden*, „Journal du Droit de la Santé et de l'Assurance-Maladie (JDSAM)”, 2 (2019), no. 23, s. 72-76.
- Huras-Darkowska A., *Ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych*, „Roczniki Administracji i Prawa”, 4 (2020), z. 4, s. 213-224.
- Kaźmierczak M., *Praktyczne problemy działania polskiego systemu alternatywnego dochodzenia roszczeń pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe”, 2020, nr 3, s. 57-72.
- Krupa-Lipińska K., *Dochodzenie odszkodowania w trybie pozasądowym*, w: *Odpowiedzialność prywatnoprawna*, red. E. Bagińska, Warszawa 2021 (System Prawa Medycznego, t. 5), s. 927-956.
- Mikkonen M., *The Nordic Model. Finnish Experience of the Patient Injury Act in Practice*, „Medicine and Law”, 2001, no. 20 (3), s. 347-353.
- Nesterowicz M., Wałachowska M., *Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy leczeniu w związku z nowym pozasądowym systemem kompensacji szkód medycznych*, w: *Kompensacja szkód wynikłych ze zdarzeń medycznych. Problematyka cywilnoprawna i ubezpieczeniowa*, red. E. Kowalewski, Toruń 2011, s. 11-32.
- Poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Druk nr 3259), <https://www.sejm.gov.pl/sejm9.nsf/druk.xsp?nr=3259> [dostęp: 12.07.2023].
- Pozasądowe dochodzenie roszczeń przez pacjentów*, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/dochodzenie-roszczen-pacjentow.html> [dostęp: 12.07.2023].
- Raport: *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, KZD 430.005.2018, <https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf> [dostęp: 12.07.2023].
- Rządowy projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, druk nr 2898.
- Serwach M., *Glosa do uchwały SN z 19 maja 2016 r. (III CZP 13/16) w sprawie postępowania przed Wojewódzką Komisją ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych*, „Prawo Asekuracyjne”, 2017, nr 1 (90), s. 85.
- Serwach M., *Glosa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 11 marca 2014 r. (K 6/13) w sprawie zgodności z Konstytucją RP przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wprowadzających zasady i tryb dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia z tytułu zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne”, 2014, nr 2 (79), s. 88-97.
- Serwach M., *Ochrona ubezpieczeniowa pacjentów przed negatywnymi skutkami leczenia*, Kraków 2018.
- Sprawozdanie Rzecznika Praw Pacjenta z przestrzegania praw pacjenta w 2021 r., <https://www.gov.pl/web/rpp/sprawozdanie-za-2021-rok> [dostęp: 4.09.2023].
- Świątek K., *Pozasądowe prawne modele kompensacji szkód medycznych – analiza prawnoporównawcza*, „Studia Prawa Publicznego”, 2023, nr 1 (41), s. 111-137.
- Tilma J. i in., *No-Fault Compensation for Treatment Injuries in Danish Public Hospitals 2006-12*, „International Journal for Quality in Health Care”, 2016, no. 28 (1), s. 81-85.
- Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy z dnia 15 października 2010 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, druk sejmowy nr 3488 VI kadencji Sejmu RP, <https://orka.sejm.gov.pl/Druki6ka.nsf/0/49D0A82753FB7BDAC12577C200267BBD?OpenDocument> [dostęp: 3.09.2023].